FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 21 Juillet 1904, à 1 heure.

PAR

Émile VÉRY

Ancien externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

Des Épiplocèles Adhérentes

ET PARTICULIÈREMENT DU DIAGNOSTIC

Président : M. BERGER, *professeur*

Juges : MM. SCHWARTZ, FAURE et AUVRAY, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL. / BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY. / DEBOVE. / LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND / TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. / TERRIER. / BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. / PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BEZANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (chef des travaux anat.)	
DUPRÉ			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. GUINARD

Chirurgien des hôpitaux.

M. LANDRIEUX

Médecin des hôpitaux.

M. HUCHARD

Médecin des hôpitaux.
Membre de l'Académie de médecine.

M. BARBIER

Médecin des hôpitaux.

M. LEJARS

Professeur agrégé,
Chirurgien des hôpitaux.

M. AUVARD

Accoucheur des hôpitaux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BERGER

Chirurgien de l'hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Épiplocèles Adhérentes

et particulièrement du diagnostic

INTRODUCTION

Les difficultés qu'on rencontre dans le diagnostic des épiplocèles proviennent toujours des modifications qu'entraînent dans ces hernies leur inflammation ou le développement d'un processus tuberculeux ou cancéreux. Nous avons désigné ces épiplocèles altérées sous le nom d'adhérentes parce que la formation des adhérences est le signe le plus constant de ces modifications bien qu'elles puissent manquer dans quelques cas exceptionnels.

Nous verrons dans un premier chapitre ce que sont ces adhérences, quelles altérations peuvent présenter le sac et l'épiploon.

Dans un second, nous examinerons quels sont les ig n es de l'épiplocèle adhérente ; quelle est leur

valeur ; comment, s'ils manquent, l'épiplocèle ayant perdu cliniquement ses connexions avec la cavité abdominale devient comparable aux autres tumeurs de la région et comment ses aspects si divers sont toujours en rapport avec les altérations de l'épiploon. En quelques mots nous montrerons combien il est important d'être mis en garde contre l'erreur pour appliquer une thérapeutique rationnelle.

C'est à notre maître, M. Lejars, que nous devons le sujet de cette thèse ; nous l'en remercions vivement, et plus encore de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours donné ses conseils. Le premier, dans un article paru en 1889 dans la *Gazette des hôpitaux*, il a attiré l'attention sur le développement de la tuberculose et des tumeurs dans les hernies : un peu plus tard il a dans ses cliniques montré quel soin il faut apporter au diagnostic des tumeurs anciennes des bourses et de certaines variétés de hernies.

CHAPITRE I

Altérations pathologiques du sac et de l'épiploon.

L'adhérence est la première et la plus constante des modifications permanentes que peut causer l'inflammation dans une épiplocèle. Qu'il s'agisse d'épiploïte aiguë, subaiguë ou larvée, de tuberculose ou de cancer, le péritoine plus sensible à l'irritation que l'épiploon réagit par ses moyens habituels ; il se forme un léger épanchement, la fibrine qu'il contient se dépose ; le liquide se résorbe et les exsudats s'organisent, constituant les adhérences fibrineuses, molles ou gélatineuses qui peuvent se résorber ou évoluer vers la variété suivante.

On voit alors paraître des éléments de tissu conjonctif jeune, formant des pseudo-membranes ou un tissu semblable à du tissu cicatriciel, ce sont les adhérences vraies ou conjonctives, les seules vraiment importantes ; adhérences solides des anciens qui les classaient d'après leurs résistances.

Existant à peine, elles accolent l'épiploon au sac ; courtes, elles forment des brides et des cloisons ; longues, elles prennent l'aspect de cordons ou de rubans, pouvant former un anneau où l'intestin peut pénétrer et s'étrangler. Isolées et fixant l'épiploon en un seul point elles permettentune réduction partielle de l'épiploon hernié, cette réduction peut même être complète si elles sont assez longues. Quand elles sont de date récente elles sont faibles, vasculaires, et se laissent déchirer facilement : mais quand elles vieillissent les vaisseaux y sont rares ; elles deviennent résistantes, calleuses comme disaient les auteurs anciens et ne cèdent qu'au bistouri. Elles peuvent s'insérer en n'importe quel point du sac et de l'épiploon, l'endroit de leur insertion sur le sac n'a d'importance que lorsque celle-ci se fait au collet ou au-dessus, elles deviennent souvent alors la cause de douleurs et de troubles gastro-intestinaux.

Il peut arriver qu'elles ne se limitent pas à la hernie et qu'elles unissent l'épiploon intra-abdominal à la paroi ou aux viscères voisins comme cela a été noté souvent au cours des interventions pratiquées pour la torsion de cet organe. Leur âge acquiert alors une certaine importance puisqu'il permet de diviser ces accidents en aigus ou chroniques.

Les adhérences se rencontrent dans plus de la moitié des cas d'épiplocèles tuberculeuses sans aucun aspect particulier : de même dans la carcinose épiploïque, on trouve des adhérences inflammatoires, mais le plus souvent l'union intime de l'épi-

ploon au sac est dû à l'envahissement des parties par le processus néoplasique.

Nous avons vu que le péritoine laissait transsuder du liquide, en petite quantité généralement ; mais il peut arriver qu'il se produise un épanchement plus considérable et persistant, si la séreuse a perdu ses qualités d'absorption. Ce liquide peut se collecter au fond du sac et baigner l'épiploon, on aura alors une hydro-épiplocèle : si des cavités se sont formées par soudure incomplète des feuillets séreux, il formera des petits kystes dont le volume peut devenir assez important pour prendre les caractères d'une véritable tumeur liquide comme dans le cas présenté par M. Kirmisson à la Société anatomique en 1874. On peut rencontrer ces deux variétés de collections liquides dans la tuberculose herniaire ; le sac peut être rempli par du liquide séro-fibrineux, louche ou séro-purulent ; dans le cas de M. le professeur Berger, il y avait un petit kyste rempli d'un liquide noirâtre.

Dans les épiplocèles cancéreuses nous n'avons noté qu'une fois, dans le cas de M. Le Dentu, la présence d'un liquide noirâtre, d'odeur fécaloïde, mais le début brusque et l'évolution des accidents nous portent à penser que cet épanchement n'était pas en rapport avec la présence de la tumeur.

La paroi du sac conserve pendant longtemps sa minceur ; elle peut même disparaître presque complétement comme nous le verrons dans une observation

1. Page 27.

citée dans le courant de cette thèse (1), mais souvent elle subit un lent travail de sclérose qui lui donne une épaisseur considérable, un centimètre et plus. Lorsque la hernie est le siége de manifestations tuberculeuses, le sac reste parfois indemne et conserve son aspect lisse, mais le plus souvent il est dépoli et présente un semis de granulations souvent comparées à des grains de semoule, discrètes ou confluentes et donnant au sac un aspect tomenteux. Dans le cas de Bruns, il s'était formé à la partie inférieure du sac et complétement séparé, un véritable abcès froid tuberculeux.

Le tissu périherniaire n'échappe pas à la sclérose, particulièrement au niveau du collet et des orifices abdominaux et il arrive qu'épiploon, sac et parties environnantes soient soudées en une seule masse. L'intimité avec les organes voisins, cordon ou vaisseaux peut être assez grande pour rendre la dissection du sac dangereuse et même impossible. Une conséquence curieuse de ces transformations est la formation de kystes préherniaires dans le tissu cellulaire.

L'épiploon nous arrêtera plus longtemps, dans les hernies crurales il est rarement en grande quantité ; mais dans la hernie inguinale lorsqu'il devient le siège de modifications, il est le plus souvent descendu dans le scrotum et l'on compare en général son volume à celui d'un œuf ; mais il n'est pas rare de le trouver aussi gros que le poing, on l'a vu avoir les dimensions d'une tête d'enfant et M. Lejars dit dans ses cliniques : « Un fait nous a frappé, le volume souvent

énorme de l'épiploon hernié ; nous en avons excisé des paquets véritablement monstrueux ; il semblait que tout l'épiploon fût dans le sac et en l'étirant on amenait à l'anneau le côlon transverse ».

Ce volume peut s'accroître d'une façon continue par la sortie de nouvelles parties épiploïques ; mais il arrive que l'épiploon hernié augmente par le seul fait de sa surcharge graisseuse, isolée ou concomitante avec un accroissement de l'embonpoint du malade.

Le plus souvent, l'épiploon conserve sa nature graisseuse, mais peu à peu la partie intracanaliculaire se transforme en un cordon lisse et cylindrique pendant que dans la hernie les franges épiploïques s'unissent et finissent par disparaître. Mais s'il survient une inflammation chronique ou subaiguë il perd sa mollesse, son tissu devient plus compact et plus résistant : des bandes fibreuses le traversent augmentant sa consistance, des noyaux durs et scléreux le parsèment, petits ou massifs, squirrheux, réguliers ou formant un gâteau de consistance inégale.

Les modifications sont parfois plus profondes encore et il devient méconnaissable, kystique, lardacé, rétracté, dur, presque cartilagineux ; il est alors difficile d'affirmer sans examen microscopique que quelque tumeur ne s'est pas développée au sein de l'épiploon. Maré(1), dans sa thèse sur les épiplocèles adhé-

1. Maré. *Epiplocèles adhérentes au sac*, Thèse Paris, 1899.

rentes rapporte le cas d'un épiploon très épaissi que l'on avait pris pour une masse myxomateuse.

M. Lucas-Championnière (1) dans une observation très intéressante dit: « La pièce constitue comme vous voyez une masse épaisse et lourde, lardacée et très différente d'aspect de l'épiploon sain ; à un examen superficiel cet aspect ne diffère pas de celui des masses cancéreuses de l'épliploon... J'ai vu souvent dans les hernies de l'épiploon transformé ainsi dans une étendue plus ou moins grande; j'ai vu de ces ilots épiploïques, pris pour des cancers ».

Et il n'y a rien de plus naturel. Si l'on parcourt en effet des observations d'épiplocèle cancéreuse, on trouve dans les plus petites qui n'ont pas eu le temps d'évoluer, un épiploon noueux, criblé de noyaux néoplasiques de la grosseur d'un pois à une amende ; noyaux durs, finement bosselés, blanchâtres à la coupe, qui s'accolent et forment masse entre les plis recroquevillés de la séreuse (Le Dentu) ou bien une masse ovoïde du volume d'un gros œuf de poule, masse lardacée, parsemée de noyaux de diverses grandeurs, bruns, jaunâtres, tranchant nettement sur les tissus voisins (Jeannel). Le chirurgien Manley la pièce sous ses yeux ne se prononce pas et accuse un mauvais bandage des altérations épiploïques ; seul l'examen histologique fait reconnaître dans

1. Lucas-Championnière. *Epiploïte chronique. Bull. et mém. Soc. chir.* Paris, 1898.

l'épiploon un fibro-sarcome. Dans les hernies plus anciennes on trouva (Codet) une masse lardacée parsemée de points jaunâtres comme celles dont parlait M. Lucas-Championnière.

Nous ajouterons que la tuberculose qui se différencie plus facilement par la présence de granulations caractéristiques crée aussi en raison de sa tendance fréquente à la sclérose des noyaux jaunâtres allongés, pisiformes (Bruns), voire même un semis de nodules crétacés (Berger), ou transforme l'épiploon en une masse infiltrée et fibreuse (Sacquepée et Mélliés) ou bien en une petite masse de grosseur d'une noix, granuleuse, grisâtre et indurée (Lejars).

Les modifications inflammatoires de l'épiploon hernié retentissent quelquefois sur l'épiploon intra-abdominal : Scarpa avait déjà constaté qu'elle devenait plus dense tout en se chargeant de graisse : ce n'est pas à autre chose qu'est dû ce que Velpeau a décrit sous le nom de corde épiploïque. Gosselin dans ses cliniques décrit deux cas d'épiploïte intra-abdominale; M. Lucas-Championnière (1) a communiqué en 1889 à la Société de chirurgie un cas très intéressant d'épiploïte chronique ayant transformé tout le tablier en une masse indurée occupant tout l'abdomen, l'inflammation chronique ayant une hernie pour point de départ. De plus nous n'en voulons pour preuve que les lésions observées ces années dernières dans les cas de torsion épiploïque.

1. *Loc. cit.*

La présence d'une masse étrangère et indurée dans le scrotum, entraîne une gêne dans la circulation et une dilatation des veines qui constitue un véritable « varicocèle herniaire » dont M. Lejars (1) donne un exemple dans ses cliniques. Nous citerons aussi cette conséquence qui doit être assez rare et que rapporte Astley-Cooper (2) : « Lorsqu'une épiplocèle inguinale est depuis longtemps irréductible, dit-il, on trouve quelquefois l'épiplocèle altérée dans sa texture à un point tel qu'il détermine par la pression qu'il exerce sur le cordon spermatique un état morbide du testicule avec ou sans épanchement dans la tunique vaginale » et il cite l'observation d'un homme porteur d'une hydro-épiplocèle et d'un testicule augmenté de volume et extrêmement douloureux : le diagnostic exact ne put être porté qu'après une ponction. Le retour à la grosseur normale et la disparition des douleurs suivirent l'excision de l'épiploon.

1. Lejars. *Leçons de chirurgie* faites à la Pitié, 1893-1894, Paris, 1895, page 355.

2. Astley-Cooper. *Œuvres chirurgicales*. Traduction de Chassaignac et Richelot. Paris 1837, page 389.

CHAPITRE II

Signes de l'épiplocèle adhérente. Leur valeur. Affections que peut simuler une épiplocèle. Tuberculose et cancer de l'épiploon hernié.

Une épiplocèle adhérente est une tumeur reliée par un pédicule à l'abdomen qui offre au-dessus de l'orifice par lequel s'est fait la hernie, une sensation particulière décrite sous le nom de corde épiploïque ; elle est mate à la percussion, opaque si on l'examine par transparence, d'une consistance molle sans rénittence, subissant l'impulsion de l'effort et de la toux, irréductible au moins partiellement ; souvent elle entraîne une sensation de gêne, des tiraillements et des troubles gastro-intestinaux.

De tous ces signes on en peut grouper quatre, qui témoignent habituellement de l'origine abdominale de la tumeur : ce sont la corde épiploïque, la présence d'un pédicule, l'impulsion à laquelle on peut ajouter la réductibilité partielle quand elle existe, et les troubles digestifs.

Nous allons voir quelle est leur valeur : Gosse-

lin (1), dans ses cliniques, parlant de cette portion de l'épiploon que l'on sent, à travers la paroi abdominale, tendue et résistante, dit : « N'oubliez point ce moyen de diagnostic, sachez seulement qu'il n'existe pas ou du moins qu'il n'est pas trouvé dans tous les cas. La condition nécessaire pour qu'il se rencontre c'est que l'épiploon intra-abdominal soit épaissi par un travail inflammatoire en même temps qu'attiré et tendu ; chez beaucoup de sujets il n'a pas subi d'épaississement et la tension seule ne suffit pas surtout quand il y a de l'embonpoint pour donner la sensation dont il s'agit ».

La sensation d'un pédicule, l'impulsion et la réductibilité partielle si elle existe sont sous la dépendance du nombre et de la forme des adhérences ; si elles unissent intimement l'épiploon au sac et aux parties voisines et si le pédicule est particulièrement réduit, aucun de ses signes ne subsiste et pour ce qui est des troubles digestifs, ils peuvent ne pas exister, ou bien, comme ils ne présentent rien de particulier le plus souvent, et que ces malaises sont assez communs, ils perdent beaucoup de leur valeur.

Une épiplocèle se présentant dans ces conditions a les plus grandes chances de passer pour une tumeur étrangère à la cavité abdominale : la matité et l'opacité sont des signes qu'elle partage avec beaucoup d'autres affections.

Les commémoratifs acquièrent alors beaucoup

1. Gosselin. *Clinique chirurgicale.* Tome III, page 60.

d'importance ; le mode d'apparition de la tumeur, son évolution, les accidents qu'elle a présentés suffisent souvent à faire le diagnostic avec certitude ; mais nous savons combien certains malades sont peu soucieux de leur santé ou possèdent une mémoire infidèle ; si la hernie est ancienne et si l'on veut fixer des détails éloignés on n'obtient que souvent des renseignements vagues ou inexacts : ce n'est pas que nous voulions faire porter aux malades le poids des erreurs commises et de celles que nous serons exposés à commettre, car, il arrive que des renseignements précis ne les empêchent pas. Si nous n'avons pas jusqu'à présent parlé de la consistance c'est que c'est un des caractères les plus variables de la hernie ; étant en rapport direct avec les modifications pathologiques de l'épiploon elle varie depuis la pseudo-fluctuation jusqu'à la plus grande dureté ; aussi lorsque les autres renseignements manquent ou sont peu précis, et que de ce fait elle devient prépondérante, doit-on se mettre en garde comme nous allons le voir.

I. Une épiplocèle peut donner une *pseudo-fluctuation* tout à fait comparable à celle que l'on rencontre dans les kystes du cordon ; dans ces derniers, en effet, l'épaisseur de la paroi et la tension du liquide peuvent empêcher de percevoir une fluctuation nette, la mobilité et la réduction, au moins partielle, peuvent être des signes communs et l'évolution souvent insidieuse ne permet guère de les distinguer. « Voici une cause d'erreur assez fréquente, dit M. Tillaux (1)

1. *Traité de chirurgie clinique*. Tome II, page 29.

surtout chez les jeunes garçons et que les praticiens rencontreront à coup sûr plusieurs fois dans leur carrière. On trouve dans le scrotum au-dessus du testicule une tumeur ferme, rénitente, réductible et qui reparaît au moindre effort du sujet. Or cette tumeur au lieu d'être une hernie n'est autre chose qu'un kyste du cordon ».

Dans l'observation que nous publions (Obs. I, Lejars) on avait dû penser à un kyste du cordon, mais on avait pu éliminer ce diagnostic parce qu'il n'y avait pas de transparence. En effet, c'est le caractère de toute tumeur liquide qu'il faut rechercher, de même que l'on examinera l'anneau avec soin pour sentir s'il ne s'y engage pas un pédicule. Ces caractères pourraient manquer et le diagnostic devenir presque impossible : en effet ces deux signes si caractéristiques disparaissent à la fois si la tumeur occupe le canal inguinal : d'autre part, la même cause qui modifie la fluctuation, une paroi épaisse et graisseuse peut supprimer la transparence.

Sans parler de quelques cas exceptionnels où l'épiploon n'est pas opaque (1) ; le diagnostic devient plus difficile encore, non seulement avec les kystes du

1. Warner cité par Ritcher dit : « L'épiploon dans les enfants est quelquefois si transparent que je me rappelle un cas où un chirurgien très expérimenté, trompé par cette transparence la prit pour une hydrocèle et y plongea le trocart pour évacuer l'eau; il ne sortit au lieu d'eau qu'une petite portion d'épiploon ».

cordon, mais encore avec toutes les tumeurs liquides des bourses, si l'épiplocèle s'accompagne d'un kyste sacculaire ou inflammatoire comme dans le cas rapporté par le professeur Kirmisson et ceux qu'Arnaud avait décrits comme des kystes hydatiques et qui devraient, d'après M. Duplay, rentrer dans la classe précédente : il en sera de même si du liquide s'est épanché dans le sac et a formé une hydro-épiplocèle.

Dans ces cas l'on aura une véritable fluctuation et de la transparence ; si le liquide est abondant, remplit le scrotum et remonte jusqu'à l'orifice externe, on ne pourra pas sentir l'épiploon hernié et l'erreur sera inévitable avec une tumeur liquide des bourses.

M. Thibaudet (1) publie une observation où la coexistence d'un kyste herniaire et d'un hygroma préherniaire dans une épiplocèle crurale adhérente créa les plus grandes difficultés de diagnostic qui ne put être porté qu'après un examen très attentif de tous les signes. Ces kystes peuvent même donner lieu à des erreurs plus curieuses encore ; Coley (2) cite une observation d'épiplocèle propéritonéale avec un large épanchement séreux dans « un sac en sablier», qui ressemblait à une tumeur kystique de la paroi abdominale.

Dans les deux observations de kyste hydatique dans une épiplocèle que nous connaissons rien ne

1. *J. d. Sc. méd. de Lille*, 1890, page 137.
2. Coley. *New-York M. J.*, 1891.

révélait la présence d'une collection liquide au sein de l'épiploon.

L'hématocèle du cordon qui est une lésion rare peut prêter aussi à confusion, tumeur mollasse, irréductible, opaque, elle simule assez bien au début un accident d'épiploïte. M. Bauby (1) publie une observation de ce genre et il ajoute, en citant le nom des auteurs qui firent ainsi des erreurs, qu'on ne saurait se trouver en meilleure compagnie.

II. — Nous venons de voir l'épiplocèle pseudo-fluctuante, nous allons la trouver *molle*, *pâteuse*, et tout autant capable de nous tromper. M. Delbet (2), dans une clinique faite à l'Hôtel-Dieu sur les tumeurs des bourses dit : « Il y a d'abord les lipomes circonscrits, ceux-là on ne peut les confondre avec l'épiplocèle adhérente. Il y a cependant des cas difficiles ceux par exemple où il y a une mince languette épiploïque, imperceptible à la palpation, qui chemine à travers les points rétrécis d'une hernie congénitale et qui se développe dans la partie inférieure de cette hernie, il se forme là une épiploïte ; dans ces cas lorsqu'on ne sent pas d'épiploon, lorsqu'il n'y a pas d'impulsion le diagnostic est impossible. Quant aux lipomes diffus, ils peuvent être très difficiles à diagnostiquer, car très souvent ils remontent presque dans la fosse iliaque et même adhérent au

1. Bauby. *Midi méd.* Toulouse, 1903.

2. Delbet. *Tumeurs irréductibles des bourses. Indép méd.* Paris, 1900, page 361-362.

péritoine ; ils sont particllement réductibles et ils peuvent donner de l'impulsion ; dans ces cas le diagnostic est également presque impossible ; mais tous ces cas sont un peu exceptionnels ; en général les lipomes restent mous et pâteux tandis que l'épiplocèle présente une consistance plus ferme à cause de l'hypertrophie, de l'inflammation chronique qui s'y développe ; de plus à sa surface on sent de petits grains juxtaposés qu'on ne trouve pas dans les lipomes ». M. Deroyer (1), dans sa thèse cite un grand nombre d'observations où l'erreur fut commise et celle-ci (2), entre autres très intéressante parce qu'elle prouve que la pièce en mains l'erreur est encore possible : « Après l'extirpation de la tumeur le diagnostic de lipome fut conservé. On avait dû sacrifier le testicule à cause des adhérences au cordon. Au cours de l'opération on n'avait vu ni sac ni pédicule, mais par l'examen histologique on put affirmer qu'il s'agissait d'une épiplocèle, car on constata l'existence d'une enveloppe péritonéale altérée et les caractères propres des franges épiploïques. M. Broca, examinant la pièce quelques jours après dans le laboratoire de M. Cornil put constater l'existence d'un pédicule de la grosseur d'une plume d'oie, pédicule qui avait échappé à l'opérateur ».

Nous en avons trouvé un grand nombre soit

1. Deroyer. *Des tumeurs solides du cordon spermatique.* Thèse de Paris. 1897.

2. Chipault. *Bull. soc. an.* Paris, 1889.

d'épiplocèles prises pour des lipomes, soit inversement ; Thomas (1), Reeves (2), Birmingham (3), Anderson (4), en signalent des cas.

Nous ajouterons un cas à cette liste déjà longue. Un fait assez curieux et probablement assez rare a été signalé par L. Imbert (5) ; ces lipomes sont capables de présenter des accidents semblables à ceux des hernies : l'homme, dont il rapporte l'observation, porteur d'une hernie inguinale droite, présentait de tels symptômes que le diagnostic resta en suspens entre une hernie inguinale étranglée et une contusion abdominale avec perforation intestinale. A l'opération on s'aperçut qu'il s'agissait d'un lipome.

Gosselin cite dans ses Cliniques un cas où il fit le diagnostic de lipome, qui se trouva confirmé parce que la tumeur était de petit volume, peu ancienne et que sans avoir présenté aucun accident elle était irréductible, c'est en effet surtout dans l'évolution que l'on trouvera des raisons de pencher pour l'un ou l'autre, le lipome s'accroît d'une façon continue, l'épiplo-

1. Thomas. *Lipome extra-péritonéal simulant une hernie. Lancet.* Londres, 1889.

2. Reeves. *Hernie épiploïque fémorale simulant un lipome. Brit. M. J.* Londres, 1892.

3. Birmingham. *Epiplocèle ombilicale simulant une lipome New.-York. M. J.*, 1892.

4. Anderson. *Deux cas de lipome sous-péritonéal simulant une hernie. Lancet.* Londres, 1893.

5. L. Imbert, *Bull. Soc. anat.* Paris, 1897.

cèle peut subir des variations de volume assez brusques.

La surcharge graisseuse de l'épiploon ne peut qu'augmenter la difficulté. Un cas plus difficile encore est celui que M. Delagenière a communiqué à la Société anatomique en 1888, où il s'agissait d'une épiplocèle et d'un lipome, mais le lipome s'était développé dans l'épiplocèle. La présence d'un noyau induré datant de plusieurs années, inclus dans l'épiploon et s'étant accru lentement et sans changement de forme, ni de réaction, fit porter le diagnostic de tumeur bénigne de l'épiploon et probablement lipome ce qui fut confirmé par l'opération.

On peut être également, et pour les mêmes raisons, entraîné à porter le diagnostic d'épiplocèle, si l'on se trouve en face d'une lipome prévésical, les troubles urinaires peuvent seuls faire éviter l'erreur et l'on ne devra pas manquer d'interroger les malades en ce sens.

Il est une autre affection qui donne la même sensation de mollesse onctueuse, c'est le varicocèle : on en trouve des exemples dans les auteurs anciens et bien que les moyens de le reconnaître soient classiques, nous ne saurions mieux faire que citer ce passage du *Traité de chirurgie clinique* de M. Tillaux :

« Par contre le diagnostic du varicocèle présente quelquefois les plus grandes difficultés. Supposez par exemple, une hernie épiploïque ; la sensation fournie au toucher par l'épiploon se rapproche sensiblement de celle que donne les veines variqueuses,

Si la hernie épiploïque est complétement irréductible, ce sera un élément de diagnostic, mais supposez cette hernie partiellement réductible ce qui a souvent lieu, la difficulté du diagnostic sera déjà grande. Admettez maintenant un sujet obèse, des couches de scrotum épaissies, peu mobiles ; le diagnostic deviendra presque impossible. J'ai vu de ces cas, heureusement rares, où, malgré la plus grande attention, j'étais obligé de rester dans le doute. L'application du froid sur la région fait, il est vrai, diminuer le varicocèle, mais à condition que les veines ne contiennent pas de caillots oblitérants et d'autre part, le froid chasse également le sang contenu dans les veines épiploïques ».

Nous ne ferons que citer les angio-lipomes du sac qui peuvent prêter également à confusion.

III. — Lorsque l'épiploon présente une *induration fibreuse*, qu'il est peu mobile pour ainsi dire, soudé aux tissus voisins, il n'offre pas moins d'occasions de se tromper que dans les cas précédents.

Dans la région inguino-crurale par exemple, et surtout dans le triangle de Scarpa, les petites épiplocèles adhérentes forment de petites tumeurs analogues aux engorgements ganglionnaires ; mais celles-ci sont habituellement indépendantes des parties profondes et leur consistance plus ligneuse : chez les femmes grasses ce diagnostic est particulièrement difficile : bien qu'il soit classique de dire que l'origine suffit à nous éclairer, il est des personnes chez qui une blessure légère et pouvant passer inaper-

que entraîne la formation de « glandes » sans réaction inflammatoire et d'une façon insidieuse, de telle sorte que l'origine peut être obscure. Certaines coïncidences pourraient faciliter cette erreur comme cela aurait pu arriver dans le cas que cite M. Lejars. Il s'agissait d'un homme qui présentait dans la bourse droite une tumeur qu'on avait qualifié fibrochondrome calcifié et qui n'était qu'un kyste sanguin épidydimaire ; mais en même temps il avait « à l'aine droite, du même côté par conséquent que la tumeur testiculaire, vers la partie moyenne de l'arcade et un peu au-dessus, une petite tumeur arrondie de consistance ligneuse aussi, bosselée et qui tout d'abord paraît tenir au cordon. Est-ce donc un noyau secondaire ? Non ; elle est mobile sur le cordon et bien qu'à cheval sur lui elle en est indépendante, en dessous un tractus épais, une sorte de pédicule la prolonge et la poursuit dans la profondeur, presque dans le canal crural ; il s'agit donc d'une épiplocèle crurale très ancienne et très indurée et qui n'a de rapports avec la tumeur épididymaire que ceux d'une simple coïncidence ». Et parlant de ce même cas dans un autre passage il dit : « Une épiplocèle crurale droite était si dure, si ronde, si mobile qu'on aurait pu croire à un simple ganglion et l'histoire du malade rendait l'hypothèse extrêmement vraisemblable : une fois enlevée la petite masse épiploïque tassée et compacte rappelait encore la coupe d'un parenchyme ganglionnaire ».

1. *Loc. cit.*, page 399.

L'appendice hernié peut également être pris pour une épiplocèle.

Il en est de même chez la femme de la trompe et de l'ovaire : la différenciation en est difficile si quelque signe ne vient pas donner l'éveil : ce sera une particularité dans la douleur qui peut paraître au moment des règles et s'accompagner d'un gonflement passager ; on pourra chercher alors à se rendre compte par le toucher bimanuel des connexions qui existent entre la hernie et l'utérus en leur communiquant successivement des mouvements.

Si l'on a affaire à une tumeur emplissant les bourses et dilatant l'anneau inguinal, on pourra penser à une hématocèle ou à un cancer du testicule.

Dans le cas de ces épiplocèles volumineuses, elles masquent complétement le testicule, qu'il est parfois bien difficile de trouver, et elles rentrent alors dans le cas de ces tumeurs anciennes des bourses d'un diagnostic délicat auxquelles M. Lejars a consacré une leçon.

Dans le cas d'hématocèle ancienne on ne trouve plus de fluctuation ni cette surface régulière qu'elle a quand elle est encore récente : c'est le moment plus que jamais de chercher attentivement le pédicule, et son absence nous évitera presque toujours de nous tromper.

Le cancer du testicule se présente au point de vue clinique sous deux formes, il est dur ou mou, il présente parfois un volume considérable variant d'une orange jusqu'à une masse pouvant peser

plusieurs kilos, il remplit et distend le scrotum ; quand il atteint de grandes dimensions on ne retrouve plus la forme testiculaire et il présente des bosselures ainsi qu'une consistance inégale, à côté de points fermes d'autres sont mollasses : il envahit le cordon et remplit l'anneau inguinal constituant ainsi un véritable pédicule, et pour que la ressemblance soit plus complète encore il s'y produit parfois de véritables poussées inflammatoires : l'état général se conserve bon pendant longtemps ; un trouble profond de cet état amenant de la cachexie pourrait du reste se produire aussi avec une épiplocèle. Nous devons à M. Lejars une observation que nous publions, où l'on verra que le diagnostic de tumeur du testicule avait été porté sans qu'il y eût là rien que de vraisemblable. Nous avons eu sous les yeux une observation d'un cas de ce genre : Un chirurgien connu avait fait le diagnostic de cancer du testicule et l'on trouva à l'opération une énorme épiplocèle adhérente : nous regrettons de n'avoir pu nous procurer cette observation.

Il existe également des cas où ces lésions chroniques de l'épiploon ne permettent guère un diagnostic précis c'est lorsque des lésions tuberculeuses ou cancéreuses s'y sont produites.

Nous avons trouvé sur les cinquante-cinq cas de tuberculose herniaire que nous connaissons onze épiplocèles tuberculeuses dont six dans lesquelles les adhérences étaient notées ; dans les autres les adhérences n'existaient pas ou n'étaient pas signalées.

Nous avons trouvé neuf cas de cancer de l'épiploon hernié.

M. Lejars a le premier signalé dans un article de la *Gazette des hôpitaux*, en 1889, la tuberculose et la carcinose herniaire : mais il ne fit qu'ébaucher la pathogénie et la symptomatologie de ces affections. Le travail de Jonnesco, qui suivit sur le même sujet, parut dans la *Revue de chirurgie* en 1895, et bien qu'il ait servit de base à tous les travaux qui ont suivi il se fondait sur un trop petit nombre d'observations pour ne pas devoir être modifié. Depuis cette époque chaque nouveau cas a été l'objet d'une publication ou d'une thèse. Dans toutes, les auteurs commentent les idées émises par Jonnesco ; la majorité admet l'origine péritonéale de l'affection, M. Lejars avait invoqué l'infection sanguine, une des observations les plus récentes semble lui donner raison pour quelques cas au moins (Brui et Papin).

D'une façon générale, il est difficile de les distinguer de l'épiploïte chronique ; dans les trois cas on trouvera à la palpation des adhérences, une irréductibilité complète ou partielle parfois de la réductibilité, une consistance inégale, des noyaux durs et irréguliers ; on pourra également y trouver du liquide. L'état général peut être bon dans tous les cas.

Avant de chercher ce qui pourrait nous mettre sur la voie, il nous faut constater que ces épiplocèles, comme celles que nous avons déjà vues, peuvent prêter à confusion avec d'autres tumeurs de la région : nous avons déjà cité le cas de M. Lejars où on aurait

pu penser à un kyste du cordon, il nous en faut ajouter deux autres où l'on avait songé à une hydrocèle enkystée du cordon (Mauley) à une épididymite (Castex).

En général on sent que les auteurs ont souvent fait leur diagnostic sans conviction ; l'observation de Mauley est très intéressante à cet égard :

« La tumeur, dit-il, pouvait être due à une hydrocèle enkystée du cordon ou à une variété quelconque de cette tumeur bénigne. Quoique le diagnostic de la lésion fût un peu obscur, il n'y avait aucun doute que l'état ne fût grave, et je fis le diagnostic qui me sembla le plus satisfaisant de hernie avec étranglement au niveau du collet du sac. Je chargeai le chirurgien résidant, le Dr Currie, de pratiquer l'intervention, mais en lui recommandant de me prévenir s'il ne s'agissait pas d'une hernie ou s'il s'y trouvait quelque chose de particulier ». C'est ce qui arriva en effet.

Il est difficile d'analyser les signes qui pourront faire songer à l'une ou l'autre de ces affections, nous allons l'essayer pour la tuberculose d'abord, pour le cancer ensuite.

On a fait une seule fois le diagnostic de tuberculose épiploïque herniaire (Sacquepée et Malliès).

« L'examen de l'abdomen ne révèle aucune particularité intéressante ; les poumons paraissent indemnes de toute manifestation bacillaire. L'induration, les bosselures multiples, la réductibilité incomplète de la tumeur d'une part, l'état général,

et l'âge du malade d'autre part, légitiment le diagnostic de hernie inguinale gauche avec péritonite herniaire tuberculeuse ». Les auteurs, dans leurs commentaires, semblent attacher une grande importance à la réductibilité partielle et pourtant dans la description de l'opération on ne trouve pas d'adhérences signalées, mais par contre les parois du sac étaient « tomenteuses, épaissies et comme doublées ». Nous ne pouvons nous empêcher de rapprocher ce cas de ceux de Nurdin et de Southan, où le sac vide, mais présentant les mêmes lésions avait fait porter le diagnostic d'épiplocèle. Cette réductibilité partielle qui occupe une si grande place dans le diagnostic ne nous paraît donc pas avoir toute la valeur qu'on lui a accordée et d'autre part nous ne l'avons pas rencontrée dans nos observations.

L'épiplocèle tuberculeuse donne parfois une sensation de mollesse et il est alors impossible de faire le diagnostic ; mais on y pourra penser si l'on se trouve en présence d'une tumeur qui semble divisée en régions de consistance inégale, ferme plutôt que dure en certains points et ne formant pas des noyaux distincts et bien isolés les uns des autres ; puis nette, molle et présentant sur une certaine étendue la véritable sensation que donne l'épiploon normal ; si cette tumeur s'accompagne de liquide dans le sac, et mieux encore si l'on peut faire passer ce liquide dans l'abdomen, l'on devra penser à une complication tuberculeuse de l'épiploon.

Les antécédents héréditaires et personnels, ne donneront pas grands renseignements ; l'âge sera plus

utile, le jeune âge sera en faveur d'un diagnostic positif.

L'état général est le plus souvent bon ; mais s'il est mauvais il y a tant de tuberculeux porteurs de hernie, et la tuberculose herniaire est si rare, qu'on ne peut légitimement en espérer beaucoup de secours : pourtant on y pourrait trouver une indication si le malade présentait les signes généraux d'une poussée tuberculeuse sans qu'on en pût déceler autrement l'origine et si des signes de réaction locale se manifestaient comme chez les petits malades de Largeau, de MM. Brin et Papin qui avaient une fièvre légère, de la fatigue, perdaient leur appétit et leur gaîté et dont l'abdomen se ballonnait. La sensibilité de l'épiploon plus que la douleur qui est un symptôme banal aidera au diagnostic. Les signes n'ont rien de pathognomiques et ne seront que des présomptions que l'opération devra confirmer.

Le diagnostic du cancer de l'épiploon hernié a été fait quatre fois ; dans deux cas les caractères de la tumeur et la coexistence d'un cancer ne permettaient pas le doute. Nous allons voir dans les deux autres, quelles raisons ont pu déterminer le diagnostic. « J'ai pu faire le diagnostic de cette lésion, dit M. le professeur Berger, sur une femme âgée, chez laquelle une hernie inguinale ancienne s'était récemment mise à augmenter de volume et à devenir douloureuse, la palpation y décelait des masses irrégulières, bosselées, très dures, derrière un épanchement liquide occupant le sac » ; « au début, dit M. Jeannel, le

diagnostic ne s'imposait pas, la hernie d'ailleurs n'était pas bien nette et on avait pu même songer à une tuberculose de l'épididyme. Puis les symptômes se sont accentués et finalement le diagnostic de carcinose épiploïque a pu être porté surtout en tenant compte de l'accroissement rapide de la tumeur ».

Nous voyons donc que la dureté pierreuse de la tumeur éveillera l'idée de cancer, et il y aura de grandes chances pour qu'elle soit exacte si l'on trouve une augmentation rapide s'accompagnant ou non de douleurs, augmentation dont le caractère est d'être continue et progressive. On s'assurera qu'elle n'est due qu'à l'accroissement de la partie herniée et non à l'issue de nouvelles portions de l'épiploon hors de l'abdomen en constatant qu'elle a conservé sa dureté et qu'il n'y a pas de réduction partielle. Quand l'invasion cancéreuse date déjà de quelque temps, les signes deviennent plus nets, l'infiltration des parties voisines et même leur ulcération rendent le diagnostic facile. Les antécédents peuvent servir comme dans les cas de Codet et de Lewis ; ils auraient pu être utiles dans celui de M. Le Dentu si les symptômes d'inflammation n'avaient seuls attiré l'attention.

L'âge avancé aidera au diagnostic, l'état général est souvent mauvais, pourtant le malade du professeur Jeannel avait une excellente santé.

Peut-être pourra-t-on nous reprocher dans cette thèse de n'avoir exposé que des cas exceptionnels ; mais si l'on veut bien considérer qu'il est peu d'affec-

tions qui soient autant que l'épiplocèle, capables de prêter à des erreurs aussi diverses, que si chaque cas isolé se présente rarement, on trouvera que l'ensemble forme une fréquence relative. Il n'est pas besoin d'insister sur la nécessité d'un bon diagnostic ; on évitera ainsi de faire porter un bandage pour des affections qui ne le réclament nullement ; on pourra montrer au malade les avantages et la nécessité d'une intervention précoce : il pourra arriver qu'on ait lieu de le rassurer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Lejars. Observations simplement citées dans ses Leçons cliniques.

Hernie inguinale droite. Cure radicale. Epiplocèle supposée tuberculeuse et simulant un kyste du cordon.

François S..., âgé de 60 ans, cocher, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Cloquet, le 20 septembre 1893. Le malade porte à la partie supérieure des bourses, au-dessous de l'anneau, une tumeur ovoïde, de surface lisse, dure, se prolongeant dans le canal inguinal par un pédicule plus étroit et du reste assez mal perceptible. Il y a de la gêne et quelques douleurs. La forme et la résistance laissent le diagnostic douteux entre une épiplocèle et un kyste du cordon : on examine la tumeur à la lumière, il n'y a pas de transparence, c'est donc une épiplocèle.

Opération le 25 septembre. Cure radicale. On ouvre un sac péritonéal très adhérent à une masse jaunâtre, feutrée, graisseuse qu'il contient ; cette masse a la forme et l'aspect d'un épais cordon cylindroïde, lisse et régulier à sa surface qu'on pren-

drait aisément pour l'appendice vermiforme. Il se continue en s'amincissant dans le canal inguinal. On le libère des adhérences et en tirant dessus, on s'aperçoit qu'il amène un pédicule épiploïque nettement reconnaissable : ligature et section de ce pédicule. Dissection, ligature et excision du sac. Le cordon cylindroïde présente à la coupe une surface rougeâtre, semée de petits points jaunâtres, qui fait penser à l'épiploon farci de tubercules.

La guérison se produisit sans incidents et le malade sortit dans les premiers jours d'octobre

OBSERVATION II (Inédite).

Lejars. *Lipome simulant une épiplocèle.*

M..., 30 ans, employé de chemin de fer, entre à l'hôpital Beaujon, salle Robin n° 35 en mars 1896. Il porte à l'aine droite, une volumineuse tumeur qui descend dans la partie supérieure du scrotum et remonte dans le canal inguinal : elle est molle, mate, semble partiellement réductible, et donne toutes les apparences d'une hernie. Elle s'est produite peu à peu, sans que le malade en ait éprouvé autre chose qu'une certaine gêne et une pesanteur croissante.

Le 28 mars, on pratique la cure radicale ; la paroi antérieure du canal incisée, on tombe sur une grosse masse lipomateuse, plus volumineuse que le poing qui remonte dans le canal inguinal et le distend. C'est elle seule qui constitue toute la pseudo-hernie ; il n'y a en arrière aucune ébauche de sac ; la paroi pos-

térieure du canal est seulement un peu distendue. On extirpe ce gros lipome, on suture par un surjet la paroi profonde et l'on réunit la paroi antérieure par un autre surjet.

Le jeune homme guérit sans incident et quitta l'hôpital.

OBSERVATION III (Inédite).

Lejars. *Epiplocèle simulant un sarcome du testicule.*

F... Jean-Marie, âgé de 26 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Gosselin le 2 février 1897.

Le malade n'a d'antécédents ni héréditaires ni personnels. La seule affection dont il ait souffert est celle qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital et qui date de cinq ans environ.

Il s'aperçut à cette époque qu'il avait une grosseur au niveau de l'aine droite, grosseur qui disparaissait lorsqu'il était au lit.

Cette grosseur augmenta pendant une année pour arriver au volume actuel. Depuis trois à quatre ans, elle est restée à peu près la même mais ne rentre jamais.

Actuellement, on trouve dans la moitié droite du scrotum une tumeur se continuant dans le trajet inguinal par un pédicule volumineux, de la grosseur d'une orange, à forme globuleuse, de consistance inégale, ferme en certains points, elle s'affaisse par places sous les doigts.

Très peu mobile elle est complétement irréductible. L'anneau est imperméable.

A la percussion matité très nette. Pendant l'effort ou la toux, l'impulsion ne se fait sentir qu'au niveau du pédicule et de façon très peu nette.

Pas de douleurs ni de troubles digestifs.

Le malade avait été envoyé avec le diagnostic de tumeur du testicule. Sans rejeter absolument ce diagnostic, on porta celui de grosse épiplocèle adhérente.

Opération le 5 février. Le malade est endormi à l'éther. On fait la cure radicale et la résection de la masse épiploïque.

Le fond du sac est adhérent à la vaginale refoulée, mais sans communication avec elle ; la masse se prolongeait de la sorte autour du testicule qu'elle enveloppait.

Les suites de l'opération furent normales, sauf une congestion pulmonaire de peu de durée, et le malade sortit guéri le 4 mars.

Epiplocèles tuberculeuses.

OBSERVATION I (Résumée).

Largeau, de Niort. *Epiploïte tuberculeuse*, par Jonnesco.

Enfant de 5 ans et demi, santé toujours délicate. Mère morte d'une affection pulmonaire consécutive à la fièvre typhoïde. Père mort il y a quelques mois d'une maladie de l'abdomen, de nature probablement tuberculeuse. Grand-père mort d'une affection chronique de la poitrine. L'enfant a porté un bandage

pour une hernie inguinale droite de la première enfance qui aurait guéri.

On avait depuis longtemps supprimé le bandage quand sont arrivés les accidents actuels.

Le 15 décembre 1886 l'enfant depuis quelque temps est *fatigué, mange mal, se plaint du ventre, a de la diarrhée un peu de fièvre le soir.* On crut d'abord à une fièvre typhoïde légère. Il est au lit depuis quinze jours la fièvre augmente, une douleur vive se manifeste dans la région inguinale.

A l'examen on constate un *ballonnement considérable* du ventre. Sensibilité des parois pas très vive. Sonorité tympanique à la percussion dans tous les points.

Dans la région inguinale droite une tumeur composée de deux parties distinctes, autour du testicule hydrocèle, au-dessus d'elle une épiplocèle nettement lobulée. La tumeur n'est pas très douloureuse à la palpation.

Empâtement autour de l'épiplocèle. Peau ni rouge ni œdématiée.

Diagnostic. — Epiplocèle enflammée ayant entraîné par voie reflexe le ballonnement considérable du ventre. Pas de péritonite généralisée, car il n'y a pas de sensibilité vraie du ventre ni vomissements.

Opération. — Incision du sac. Epiploon couvert de petites granulations rondes comparables à des grains de tapioca cuit (tubercules miliaires). Pas de liquide dans le sac. L'épiploon après destruction de quelques adhérences, attiré en bas montre que ces granulations tuberculeuses remontent sur toute sa partie visible. Résection de l'épiploon le plus haut possible, réduction du moignon. Après la réduction sortie de l'abdomen d'une assez grande quantité d'un liquide clair (1/2 litre) com-

parable à celui d'un kyste hydatique, mais moins clair. Le ventre étant vidé, dissection du sac, résection et réduction du moignon. Incision, lavage phéniqué et suture de la vaginale.

Suites de l'opération. — Le ballonnement diminue, la fièvre aussi, l'appétit revient, six mois après les bourses sont normales, la hernie est guérie sans qu'il ait porté le bandage : l'hydrocèle ne s'est pas reproduite. Pas de signes de tuberculose, ni pulmonaire ni viscérale. Un an plus tard l'enfant se porte toujours très bien. L'examen histologique de l'épiploon enlevé, fait par M. Toupet au laboratoire de M. le professeur Cornil, montre le caractère tuberculeux des granulations.

OBSERVATION II

P. Berger, signalée par Hartmann, rapportée par Lejars.

Femme de 38 ans, bien portante et qui ne présentait au sommet des poumons que des lésions vaguement appréciables, la hernie étant apparue trois semaines auparavant à la suite d'efforts violents, elle était du volume d'un œuf, mollasse irrégulière au palper sans fluctuation et irréductible, on fit le diagnostic d'épiplocèle crurale gauche ; il n'y avait pas d'accidents d'étranglement, pourtant il s'était produit au début plusieurs crises douloureuses et pour en éviter le retour on se décida à pratiquer la cure radicale. L'incision conduisit sur un lipome herniaire de volume moyen ; le sac ouvert on trouva une masse épiploïque étalée en nappe sur toute la surface interne du sac, épaisse de 1 centimètre au moins et semée de nodules crétacés, au centre une

petite cavité kystique, large comme une noix était ménagée par l'enroulement du feuillet épiploïque et remplie d'un liquide séro-sanguin, noirâtre. analogue à celui qu'on trouve dans les sacs herniaires. il n'y avait pas trace d'intestin, le pédicule gros comme le petit doigt se prolongeait seul dans l'abdomen, il fut lié et coupé, mais le décollement total du sac était impossible ; à l'orifice profond il adhérait intimement à la paroi interne de la veine fémorale et une dissection poussée plus loin n'eût pas laissé que d'être dangereuse. Suture et drain. Aucune élévation thermique, les jours suivants. Guérison rapide.

L'épiploon réséqué fut examiné au laboratoire de Mathias Duval, où fut confirmé histologiquement le diagnostic anatomique porté pendant l'opération de tuberculose épiploïque.

OBSERVATION III

P. Bruns. *Epiplocèle tuberculeuse*. *Semaine méd.* 1892, p. 380.

Un carrier de 52 ans portait, depuis 25 ans, une hernie inguinale droite réductible et contenue aisément par un bandage. Depuis un an, à la suite d'une pleurésie il était resté fort souffrant et il avait dû s'aliter plusieurs mois ; il présentait, entre autres symptômes des douleurs de ventre, de la diarrhée.

Quant à la hernie elle était devenue irréductible depuis quatre mois, et depuis deux mois il s'était développé dans le côté droit du scrotum au-dessous d'elle une tumeur douloureuse qui grossissait toujours. On sentait à la partie supérieure du scrotum

un sac herniaire flasque et dans le sac un cordon irrégulier, gros comme le doigt qu'on suivait en haut presque dans le canal inguinal sans pouvoir l'y réduire. Le long de ce cordon la toux faisait apparaître le reste du contenu herniaire. En bas le tractus en question venait finir à une tumeur du volume d'un œuf d'oie, tumeur tendue, fluctuante, non transparente, à paroi épaissie et irrégulière par places. Par la ponction, on obtint un pus épais, caséeux, dans lequel on put reconnaître l'existence du bacille de Koch. Plus bas l'on retrouvait le testicule qui était normal.

M. Bruns fit une longue incision de l'anneau inguinal à l'extrémité inférieure du scrotum ; il ouvrit un sac herniaire, à paroi lisse, contenant de l'épiploon.

Cet épiploon était farci de noyaux jaunâtres, allongés, pisiformes, et d'un semis de nodules plus petits ; il n'adhérait au sac qu'en bas par un tractus gros comme le doigt, au niveau du point ou le sac lui-même se continuait, mais sans communication réelle avec la poche remplie de pus caséeux. L'épiploon fut lié et réséqué à son tour et tout le reste du contenu scrotal, tumeur et testicule droit, enlevé en masse. Au bout d'une dizaine de jours l'opéré sortait guéri.

A l'examen de la pièce on reconnut un sac herniaire d'apparence normale et de paroi lisse et régulière dans sa partie supérieure, parsemée seulement de granulations au niveau de l'adhérence épiploïque. Cette portion d'épiploon en adhérant circulairement au sac, le segmentait en deux loges ; la loge supérieure, qui vient d'être décrite et la loge inférieure qui n'était autre que cette tumeur remplie de pus caséeux constatée et ponctionnée avant l'opération. La paroi était fort irrégulière et l'on y retrouvait, surtout en haut, une série de nodules caséeux tout

à fait analogues à ceux qui parsemaient l'épiploon hernié. En réalité c'était probablement l'extrémité inférieure adhérente à l'épiploon, dont les nodules ramollis et ouverts avaient donné naissance à cette poche caséeuse.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait bien d'une tuberculose épiploïque.

OBSERVATION IV

F. A. Southan rapportée par Tanzia.

Homme, âgé de 27 ans, admis à l'Hôpital Royal de Manchester, en mai 1891 et atteint d'une hernie inguinale droite.

Suivant son dire, il n'y avait aucun antécédent tuberculeux, et il avait toujours joui d'une bonne santé, excepté dans ces trois dernières années, pendant lesquelles il avait eu des hémoptysies durant plusieurs mois. La hernie remontait à six ans et il n'avait jamais porté de bandage, elle était de la grosseur d'une orange tout à fait réductible et paraissait être une épiplocèle. Comme elle était une source d'ennuis contrariant ses occupations la cure radicale fut décidée.

En ouvrant le sac, on trouva qu'il contenait simplement une importante masse d'épiploon induré, un peu pédonculé; on l'enleva après avoir lié son pédicule aussi haut que possible. L'examen de la paroi du sac montra que sa face interne était garnie dans toute son étendue par une quantité de petits nodules de la grosseur d'un pois.

Il était impossible à une simple inspection de dire si l'indu-

ration de l'épiploon et les nodules de la paroi du sac étaient dus à une infiltration néoplasique (sarcome) ou a la présence de tubercules ; il était cependant prudent d'enlever tout le sac, ainsi que le testicule auquel le tissu précédent était adhérent de près. Le collet du sac fut alors ligaturé et la plaie fut fermée : la guérison fut rapide et le malade fit une heureuse convalescence après l'opération.

La dernière fois que je le vis 9 mois après l'opération, il jouissait d'une bonne santé, la blessure était bien guérie, il n'y avait aucune indication d'un retour de hernie et il ne présentait aucune apparence de développement de tuberculose soit dans les poumons, soit dans les autres organes.

OBSERVATION V

Lejars. *Epiplocèle crurale tuberculeuse.* Citée dans ses Leçons de la Pitié, p. 352, et que nous publions plus complète telle qu'elle nous a été communiquée par l'auteur.

Eugénie S..., âgée de 26 ans, entrée à l'hôpital de la Pitié, salle Lisfranc, le 8 avril 1894.

Elle n'a présenté dans sa jeunesse qu'une rougeole, et une inflammation mal définie dans le bas-ventre. Il y a trois ans, elle a été enfermée dans une maison de santé où elle est restée pendant huit mois. Elle avait été réglée à l'âge de 13 ans et depuis fort régulièrement jusqu'à son entrée à la maison de santé : elles cessèrent alors pendant plusieurs mois puis reparurent

régulièrement jusqu'au mois d'avril de l'année dernière; depuis elle n'a rien eu ; pas de leucorrhée.

Le ventre ne paraît pas à la palpation ni tendu ni douloureux, si ce n'est dans le côté droit au niveau de l'ombilic où la pression réveille une douleur de moyenne intensité. Spontanément la malade ne souffre qu'après une station debout prolongée. Les douleurs s'irradient dans les reins et plus particulièrement dans le bas-ventre. Elle a de faux besoins d'uriner qui la réveillent plusieurs fois la nuit.

Au mois de janvier dernier la malade a vu paraître dans l'aine, du côté droit, une masse irrégulière, allongée transversalement, mobile, n'augmentant ni par la toux ni l'effort, irréductible, bosselée à la palpation : elle n'a jamais présenté de signe inflammatoire et elle est peu douloureuse ; son volume n'a guère varié depuis son apparition.

Actuellement la malade tousse un peu et mange peu ; elle nous apprend qu'elle est restée pendant deux mois l'année dernière à l'hôpital Necker pour de la toux, accompagnée d'amaigrissement, de sueurs nocturnes et d'anorexie : elle en sortit améliorée.

On porta simplement le diagnostic d'épiplocèle.

Opération. Le 12 avril. — Anesthésie locale à la cocaïne. Epiplocèle crurale. Cure radicale.

On découvre un bouchon épiploïque intimement soudé au sac herniaire et farci comme le sac lui-même de granulations tuberculeuses. Le pédicule épiploïque, tiré à l'extérieur pour permettre de poser une ligature haut placée, nous parut à peu près sain, à peine y voyait-on çà et là quelques rares granulations.

La portion d'épiploon réséquée fut conservée pour l'examen

microscopique qui démontra que ces granulations étaient bien tuberculeuses. Les jours qui suivirent il y eut un peu de température coïncidant avec une poussée de râles fins dans le poumon gauche et particulièrement au sommet. Après plusieurs pansements au collodion iodoformé la malade sortit guérie le 2 juin. La malade qui fit l'objet de cette observation mourut quelque temps après de phtisie aiguë.

OBSERVATION VI

Roth. Observation prise à la clinique de Czerny à Heidelberg, rapportée par Jonnesco.

L'enfant qui fait le sujet de cette observation était âgé de quatre ans et ne présentait aucun signe de tuberculose. Il était atteint de deux hernies inguinales irréductibles qui furent considérées comme formées d'épiploon. L'opération permet de constater que des deux côtés la surface intérieure du sac herniaire était recouverte de nombreux tubercules. A droite l'épiploon était le siége du même processus.

Un liquide séro-purulent qui fit issue hors de la cavité abdominale à l'ouverture du sac herniaire, démontra la coexistence d'une péritonite tuberculeuse.

L'enfant se rétablit ; deux ans après, il ne présentait plus aucun symptôme.

OBSERVATION VII

Roth. Observation prise à la clinique de M. Czerny à Heidelberg, rapportée dans la *Semaine médicale*, 1866, p. 200.

Homme de 38 ans, présentant une forte hérédité tuberculeuse. Il était porteur d'une hernie inguinale droite à la suite d'une chute faite onze ans auparavant. Dernièrement elle était devenue irréductible, sans qu'il y eut pour cela de signes d'occlusion intestinale. A son entrée à la clinique, le malade offrait les symptômes d'une bronchite suspecte.

Le côté droit du scrotum renfermait une tumeur de la grosseur des deux poings, de consistance molle, en partie réductible, mais sans gargouillements. Au pôle inférieur de cette tumeur on constatait une partie bosselée, dure et sensible du volume d'un œuf de pigeon, reliée à la tumeur principale par une bride ayant la consistance de l'épiploon. L'opération montra que le sac herniaire était rempli d'un liquide séro-fibrineux : en outre une bride épiploïque adhérait au fond de la poche herniaire. La surface de l'épiploon et celle du sac étaient recouvertes d'un grand nombre de tubercules miliaires dans lesquels il fut possible de découvrir ultérieurement le bacille de Koch. L'excision de la bourse herniaire et de son contenu fut suivie d'une prompte guérison.

OBSERVATION VIII

G. Chavannaz. — *Hernie inguinale droite. Testicule en ectopie inguinale. Tuberculose du sac et de l'épiploon hernié. Castration. Cure radicale. Guérison maintenue deux ans et demi après l'opération.* Journal de médecine de Bordeaux, 30 mars 1903. p. 197.

Le nommé Maxime X..., alors âgé de 18 ans, entre en août 1899, dans le service de M. le professeur Lannelongue que nous avions alors l'honneur de suppléer.

Ce jeune homme ne présente que d'excellents antécédents héréditaires. Son père et sa mère sont vivants et bien portants. Il a un frère et une sœur qui jouissent d'une bonne santé.

Maxime X... n'a jamais été malade, si l'on excepte une bronchite contractée trois mois avant l'entrée à l'hôpital ; cette bronchite, assez tenace, puisqu'elle a duré plus de deux mois, n'a jamais été accompagnée d'hémoptysie.

Le sujet a depuis sa naissance une hernie inguinale avec ectopie testiculaire. Le testicule est placé au-dessous de l'orifice externe de l'anneau inguinal et il est à peu près fixé à ce niveau. Nous trouvons une hernie inguinale droite du volume d'un œuf. Le testicule est de la grosseur d'une olive, alors que celui du côté opposé est normalement développé. Le testicule ectopié ne descend pas sous l'influence de la pression digitale. La hernie est parfois un peu douloureuse sans que le malade

puisse dire s'il y a quelques rapports entre ces douleurs et une modification dans le volume ou la situation du testicule ectopié. L'auscultation ne décèle rien de particulier.

Maxime X... vient à l'hôpital pour se faire débarrasser de sa hernie et nous croyons devoir accéder à son désir.

Le 28 août 1899, nous intervenons en suivant la technique préconisée par Broca.

A l'ouverture du sac, il s'écoule une certaine quantité de liquide séreux : il en vient ensuite de la cavité abdominale elle-même. Le sac contient le testicule et quelques franges épiploïques. L'épiploon renfermé dans le sac est de coloration rouge et présente un semis de petites granulations dures, sèches, plus décelables au toucher qu'à la vue. Le sac a sa face interne parsemée de productions exactement semblables aux précédentes. Le diagnostic de tuberculose herniaire est posé.

La partie herniée de l'épiploon est réséquée après ligature en chaîne au catgut ; une ligature de sûreté également au catgut est disposée circulairement au-dessus de la ligature en chaîne. La suture épiploïque porte sur une partie saine au moins macroscopiquement.

Le sac est facilement séparé du cordon situé en arrière, puis il est lié en chaîne et sectionné très haut.

Le cordon étant bien isolé, on abaisse le plus possible le testicule, mais il est évident que l'orchidopexie ne donnera qu'un résultat médiocre ; aussi en raison du volume du testicule, nous pensons qu'il vaut mieux pratiquer la castration.

Après ligature du cordon spermatique le plus haut possible la paroi abdominale est reconstituée suivant le procédé de Bassini.

Un drain est placé sous la peau à l'angle interne de la plaie.

Pansement stérilisé.

Le 31 août, ablation du drain.

Le 5 septembre, les fils sont enlevés : il y a réunion par première intention.

L'examen microscopique montre qu'il s'agit de follicules tuberculeux typiques.

Le malade quitte l'hôpital le 28 septembre, pourvu d'un bandage.

Il rentre chez lui à la campagne ou il reste sans travailler pendant sept mois ; il revient à Bordeaux en janvier 1902 pour exercer son métier de boucher.

Au moment de son retour dans notre ville, Maxime M..., a un aspect excellent ; le teint est coloré, l'embonpoint est suffisant pour un homme de son âge. L'appétit est parfait, les selles sont régulières ; la palpation abdominale ne décèle rien d'anormal.

Du côté de l'abdomen, le sujet éprouve pourtant quelques douleurs survenant ordinairement deux à trois fois par mois : ces douleurs sont accompagnées d'un léger ballonnement abdominal ; elles nécessitent à chaque atteinte un repos de quelques heures et elles se terminent par l'émission de gaz. Ces accidents douloureux se sont montrés pour la première fois cinq à six mois après l'intervention ; ils sont survenus primitivement après une marche de 35 kilomètres.

On ne trouva rien du côté de l'appareil génito-urinaire. Le testicule et la prostate sont sains. Il n'y a pas d'hématurie ni de pollokiurie nocturne. Les érections sont normales.

Peu de toux, pas d'expectoration.

L'auscultation permet seulement de noter une respiration saccadée sous la clavicule droite.

La cure de la hernie s'est darfaitement maintenue, bien que le sujet n'ait porté son bandage que pendant les trois premiers mois qui ont suivi l'opération.

OBSERVATION IX

Sacquepée et Melliès. *Tuberculose herniaire. Archives provinciales de chir.*, Paris 1902.

E. B..., soldat au 95e d'infanterie. Pas d'antécédents héréditaires ; dans les antécédents personnels, on ne découvre aucune trace de tuberculose. Garçon robuste, vigoureux, quoique un peu maigre, B... se plaint uniquement d'une diarrhée légère intermittente, survenue depuis l'apparition de sa hernie, il n'a jamais eu de rhumatisme et n'a pas contracté la syphilis.

Porteur depuis un an d'une pointe de hernie inguinale à gauche, cet homme remarquait le 15 mars 1896 à la suite de sauts d'obstacles, l'apparition d'une grosseur dans la région inguinale droite. Cet nouvelle tuméfaction restait petite et indolente jusqu'au 30 avril ; mais à cette date brusquement pendant que le malade jouait avec ses camarades elle descendait dans les bourses et devenait irréductible. Cinq jours après on notait les détails suivants : à l'origine externe du canal inguinal du côté droit, se voit une tuméfaction du volume d'un gros œuf de poule qui soulève légèrement la paroi abdominale et descend jusqu'au milieu du scrotum. L'aspect de la peau est normal.

La palpation révèle que la vaginale est épaissie, adhérente par endroits à la tumeur sous-jacente, et qu'il existe un léger degré d'hydrocèle. Au-dessous de la vaginale on sent une masse dure, irrégulière, bosselée qui paraît se continuer du côté de l'abdomen ; la tumeur est mate et irréductible par un taxis modéré. Elle est toujours indolore et le malade nous assure que depuis son accroissement elle ne s'est pas modifiée. L'anneau inguinal gauche est dilaté et l'on perçoit par la toux une légère impulsion. Le ventre est libre et souple, les poumons et le cœur sont intacts..

On diagnostique une épiplocèle inguinale droite, irréductible par adhérences et l'on conclut à la nécessité d'une intervention.

Opération. — Le 7 mai 1896, narcose au chloroforme, incision de la paroi au point d'élection. Après avoir dégagé le sac, on tente à travers ses parois un taxis léger, mais cet essai reste infructueux et l'on poursuit l'opération.

Le sac ouvert présente un aspect irrégulier et tomenteux dû aux nombreuses granulations miliaires qui le recouvrent. Son fond est fortement adhérent aux franges épiploïques accolées entre elles et formant bloc qui constituent son contenu.

Sur toute cette masse se voient de nombreux corpuscules ayant l'aspect de grains de semoule.

Des tractions exercées sur l'épiploon permettent de constater que le semis tuberculeux se continue aussi abondant dans la partie abdominale de cette membrane. Il est impossible de dépasser les lésions.

Après ligature de l'épiploon en trois faisceaux avec du gros fil de soie, on résèque une masse épiploïque du poids de 250 gr. environ. On touche le pédicule avec une solution phéniquée forte et après avoir réintégré celui-ci dans l'abdomen on lie et

on résèque le sac. On ferme l'anneau inguinal par des sutures à la soie et la plaie cutanée par des crins de Florence. De l'orifice inguinal s'est écoulé pendant toute la durée de l'opération une quantité notable d'un épanchement séreux, quelques pressions abdominales pratiquées après la réduction du pédicule ont augmenté ce liquide dont le volume total est du 1/2 litre environ.

Les suites opératoires furent bonnes, sauf une légère infection de la cicatrice dans les jours qui suivirent l'opération. Les auteurs avaient des nouvelles un an après le 10 mai 1897.

La hernie est guérie sans récidive, il ne tousse pas ; son ventre n'a pas augmenté de volume. B..., travaille aux champs tous les jours sans éprouver ni gêne, ni fatigue.

OBSERVATION X

Sacquepée et Melliès. *Loc. cit.*

D. E..., 24 ans, canonnier au 10e régiment d'artillerie.

Parents vivants et biens portants ; une sœur morte il y a deux ans de tuberculose pulmonaire. Cet homme a toujours eu une bonne santé, il est robuste, bien constitué et d'un embonpoint suffisant.

Le malade ne peut fournir aucun renseignement intéressant sur l'histoire de son affection. Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, il a découvert dans la région inguinale gauche une tuméfaction douloureuse par instants et gênante quand il marche.

A l'examen on constate une tumeur du volume d'un petit

œuf de poule, occupant le siége ci-dessus indiqué ; la peau de la région a l'apparence saine et ne présente pas d'adhérences.

La tumeur sous-jacente, bosselée, irrégulière, assez dure, devient plus résistante encore si le malade est examiné debout ; elle rentre partiellement et spontanément si le patient vient à se coucher ; toutefois, même dans cette position, les manœuvres de taxis ne réduisent pas complétement la tumeur, il subsiste toujours une masse dure, mal définie. Le doigt introduit dans l'orifice inguinal trouve un anneau moyennement dilaté et perçoit une impulsion nette si le malade tousse.

L'examen de l'abdomen ne révèle aucune particularité intéressante ; les poumons paraissent indemnes de toute manifestation bacillaire.

L'induration, les bosselures multiples, la réductibilité incomplète de la tumeur, d'une part, l'état général et l'âge du malade, d'autre part légitiment le diagnostic de hernie inguinale gauche avec péritonite herniaire tuberculeuse.

Opération. — Le 12 septembre 1898. A l'opération on trouve un sac très long portant à sa partie moyenne un anneau fibreux très résistant ; le sac ouvert laisse écouler une notable quantité de liquide louche qui vient de l'abdomen. Ses parois épaisses et comme doublées ont un aspect tomenteux dépoli et sont couvertes de granulations miliaires.

Au fond de la plaie se voit un épiploon complétement infiltré des mêmes granulations une partie de cette membrane est réséquée ; le pédicule soigneusement cautérisé avec une solution phéniquée forte est réduit dans l'abdomen. Sutures profondes à la soie, sutures superficielles au crin de Florence, pansement au salol.

Le malade quitte l'hôpital le 29 septembre, ayant eu une ascite assez abondante.

Le 29 décembre, il présente au niveau de la cicatrice une petite ulcération d'origine tuberculeuse.

Le 15 février 1900, le malade revient à l'hôpital pour une gomme tuberculeuse.

Il est revu le 1er avril 1900, guéri sans récidive.

Examen microscopique du sac. — La paroi est formée de tissu conjonctif adulte. Les cellules géantes, assez nombreuses au niveau des tubercules, présentent leur forme typique, protoplasme clair, abondant avec noyaux très nombreux, accumulés tantôt à la périphérie, tantôt au centre. Peu de cellules renferment quelques rares bacilles de Koch colorables. La plupart des cellules sont noyées dans le tissu conjonctif, sans couronne cellulaire ; quelques-unes seulement sont entourées de globules blancs d'ailleurs peu nombreux ; pas de cellules épithélioïdes.

En aucun point on ne découvre de zone caséifiée. Il s'agit en somme d'une tuberculose à tendance fibreuse paraissant en voie de guérison.

OBSERVATION XI

Brin et Papin. *Archives méd. d'Angers*, 1903.

Tuberculose herniaire. Epiplocèle inguinale gauche. Ectopie et atrophie testiculaire. Ascite.

Le jeune C..., âgé de 7 ans, ne présente pas dans ses antécédents de tare tuberculeuse. A l'âge de 3 ans à la suite d'une colère,

l'enfant souffre du ventre: il présente une tumeur de l'aine gauche. Cette grosseur avait disparu lors de l'examen du médecin, qui trouva seulement que le testicule n'était pas descendu dans les bourses. Depuis cette époque la hernie fut constatée à diverses reprises : elle est facilement réduite et l'enfant ne porte pas de bandage.

Au mois de novembre 1902, la hernie devient irréductible: l'enfant se plaint de coliques, de douleurs dans le côté gauche. *Il perd l'appétit et la gaieté, il maigrit.*

A la fin de décembre le ventre qui était plutôt excavé, devient *bombé* : il grossit assez rapidement.

A son entrée 16 janvier, à la maison de santé, on constate l'existence d'une hernie de consistance dure dans la région inguinale. On ne trouve pas le testicule dans les bourses. Le ventre est gros, élargi; il contient du liquide.

L'intervention a lieu le 17 janvier. L'incision est faite comme pour la cure radicale mais un peu plus basse. Le sac qui paraît assez volumineux est disséqué et ouvert. On trouve le testicule complétement atrophié. Au-dessus, une masse épiploïque de la grosseur d'une petite noix, granuleuse, grisâtre, donnant tout à fait l'impression du tissu tuberculeux.

La vaginale présente un semis de granulations surtout dans le fond.

L'épiploon, induré et applati, adhère circulairement au collet du sac. La dissection en est difficile ; quand la communication avec la cavité abdominale est établie, il s'écoule une quantité de liquide clair, citrin, qu'on peut évaluer à un demi-litre. L'épiploon attiré dans la plaie, présente une couleur jaune normale au-dessus de l'adhérence circulaire au sac. Il est lié avec précaution, car ce tissu paraît friable.

Le testicule complétement atrophié est enlevé. La vaginale est excisée.

On termine la cure radicale en suturant en masse la paroi fibreuse et les muscles.

Quinze jours après l'opération, la cicatrice de la peau se soulève et donne issue à un liquide séreux.

L'orifice est agrandi et bourré de gaze iodoformée. On assiste les jours suivants, à une tuberculisation manifeste de la plaie ; qui a été ensemencée par le liquide ascitique ; grâce à des curettages répétés, aux cautérisations par le chlorure de zinc et le nitrate d'argent, la plaie d'abord longue de 3 centimètres, large de 2 centimètres diminua peu à peu. Le 5 mai 1903, la plaie est presque guérie sans profondeur. L'état général est très bon.

Examen cytologique, histologique et bactériologique. — Le liquide de l'ascite donne une proportion, très grande de mononucléaires surtout de lymphocytes, la recherche du bacille de Kock a été négative, mais on a fait une inoculation au cobaye positive au bout de 25 jours.

L'examen histologique de l'épiploon nous montre qu'il a subi une transformation tuberculeuse complète. On retrouve isolés des pelotons de vésicules adipeuses, intactes. Presque partout ces pelotons adipeux sont remplacés par des tubercules de dimensions variées. Ce sont des tubercules fermes; aucun n'a subi la dégénérescence caséeuse. Il y a des tubercules typiques formés de deux ou trois cellules géantes entourées de cellules embryonnaires avec, à la périphérie, des cellules allongées et une ébauche de tissu conjonctif. D'autres sont plus compliqués et les cellules géantes qui occupent le centre ont leurs noyaux moins bien colorés. Il y a un rapport évident entre les tuber-

cules et les vaisseaux ; cela est facile à constater pour les petits tubercules arrondis qui semblent appendus aux vaisseaux comme des fruits à leur pédoncule. Son inoculation au cobaye s'est montrée positive.

Epiplocèles cancéreuses.

OBSERVATION I

Pott. Rapportée par Ritcher dans son « *Traité des hernies* » traduit par Rougemont.

Epiplocèle cancéreuse.

« L'épiploon renfermé dans la hernie peut devenir réellement squirrheux et cancéreux. Pott nous en fournit une observation ; la hernie était dure et avait une surface inégale. Le malade ressentait souvent des élancements douloureux qui s'étendaient de la hernie dans le bas-ventre, il ne pouvait se tenir debout qu'avec la plus grande peine ; son regard était languissant, son pouls irrégulier et il éprouvait alternativement de la chaleur et de la soif. Les pieds se tuméfièrent et il finit par succomber. A l'autopsie on trouva un épiploon squirrheux et carcinomateux ».

OBSERVATION II

Cannuet (Soc. anat., 1852, p. 274).
Rapportée par Lejars.

« Dans une observation de M. Cannuet un gros ganglion épiploïque était seul cancéreux ; il y avait un cancer du foie « le ganglion, ajoute l'auteur, par son développement ultérieur pouvait devenir un élément de diagnostic très embarrassant ».

OBSERVATION III

B. Childs. *Medical Times*, août 1857.

Vieillard de 68 ans, est amené à l'hôpital pour un étranglement. Il a longtemps porté un bandage et depuis quelques années, il ne pouvait réduire sa hernie. Elle était devenue plus volumineuse, douloureuse et il avait vomi ; pas de selles depuis 24 heures. Le malade peut à peine répondre aux questions. La langue est rouge et sèche. La hernie est une hernie scrotale du volume d'un poing et qui présente quelques particularités. D'abord elle est extrêmement dure comme s'il y avait du cartilage ; ensuite elle est irrégulière et noduleuse et certaines parties sont adhérentes aux plans sous-jacents. Au palper, on se rend compte tout de suite qu'elle est complétement irréductible ; il n'y a pas d'impulsion à la toux et pas de gargouille-

ment à la pression. Le testicule était au fond du sac, mais adhère à la masse située au-dessus de lui.

Diagnostic. — Hernie épiploïque irréductible et le taxis n'ayant pas réussi dix heures après l'admission, on procède à l'intervention.

Sous le chloroforme, il est impossible de diminuer le volume de la hernie. M. Childs fait une incision suivant le grand axe de la tumeur et ouvre le sac. On trouve l'anneau inguinal large et libre, mais une grosse masse d'épiploon paraissant saine, le traverse pour aller adhérer avec une masse solide située dans le scrotum. Cette masse était presque complétement adhérente au sac et au testicule; et il fallut une dissection minutieuse pour la libérer.

L'épiploon ayant été lié en trois pédicules, la masse malade qui était d'une façon évidente cancéreuse fut enlevée. Suture et pansement.

La malade continua à présenter les mêmes troubles cérébraux et finalement il tomba dans le coma le cinquième jour; il n'avait eu aucun signe de péritonite et avait été à la selle. On pensa qu'il existait une tumeur cérébrale. La masse qui avait été enlevée était constituée par une grosse portion de l'épiploon ou s'étaient développés de nombreux noyaux de squirrhe. On trouvait de petits nodules sur la surface de section et il est probable qu'il en restait encore dans le reste de l'épiploon.

De toute façon on devait intervenir et s'assurer de l'état des parties herniées, dans lesquelles on ne pouvait soupçonner l'existence d'un cancer épiploïque; les symptômes sauf les cérébraux étaient d'une hernie étranglée et on devait appliquer la règle, dans le doute opérer.

OBSERVATION IV (Résumée).

Charles Codet de Boisse. Observation VI du Dr Nicaise. Thèse, Paris, 1883, rapportée par Jonnesco.

Femme, 36 ans. Hernie ombilicale ancienne (10 ans) réductible.

Apparition subite à la place de la hernie d'une tumeur dure, irréductible avec nausées, vomissements, sans constipation. Tumeur ombilicale du volume d'un œuf d'oie sur son sommet, peau rouge vineux, pas de phénomènes inflammatoires. Mobile sur plans profonds de la paroi abdominale. Peau adhérente à la tumeur. Irréductible, consistance de corps fibreux, mate.

Diagnostic. — Cancer utérin, tumeur cancéreuse de l'ombilic probablement développée aux dépens d'une épiplocèle.

Péritonite aiguë intercurrente généralisée. Mort. Autopsie. Cancer de l'utérus.

Nous avons extrait l'examen directement de la thèse de Codet de Boisse :

La tumeur ombilicale est disséquée avec grand soin la décortication se fait assez facilement si ce n'est au niveau de la partie culminante de la tumeur, laquelle adhère intimement à la peau de l'ombilic. Sur le pourtour de la tumeur, il existe une vascularisation des plus marquées. En le considérant par sa face péritonéale, l'ombilic présente au niveau de l'anneau une dépres-

sion infundibuliforme dans laquelle s'engage le grand épiploon se continuant avec la tumeur.

Une coupe antéro-postérieure de la tumeur permet de constater que toute la partie herniée de l'épiploon a subi la transformation cancéreuse.

Elle se présente sous l'aspect d'une masse lardacée, parsemée de points jaunâtres, laissant s'écouler par le raclage une grande quantité de suc opalescent. Particularité intéressante. Toute la partie de l'épiploon qui est au delà de l'anneau ombilical ou autrement dit de l'orifice herniaire est absolument saine ; seule la partie herniée s'est transformée en une masse cancéreuse.

L'examen microscopique démontre qu'il s'agissait là d'un cancer encéphaloïde.

OBSERVATION V

Daniel Lewis (New-York). *Malignant tumor in an umbilical hernial sac with remarks on the etiology of cancer. The medical Record,* 1887, p. 746. Rapportée par Jonnesco.

Femme, 67 ans. Hernie ombilicale depuis 15 ans sans bandage, facilement réduite. Depuis quinze mois, réduction impossible. Plus tard des douleurs autour de l'ombilic bientôt irradiées en haut et en bas, suivies de symptômes plus graves, amaigrissement, perte des forces, vomissements fréquents, constipation alternant avec la diarrhée, insomnie, fièvre. Tumeur

ombilicale violacée, dure avec une ulcération à sa surface, peau mobile.

Opération. Sac et épiploon sarcomateux : l'infiltration avait envahi le tissu sous-péritonéal aussi loin que le doigt explorateur pouvait atteindre. Toutes les parties malades furent enlevées et la plaie fermée comme à la suite d'une ovariotomie.

Mort rapide sans péritonite.

Examen de la pièce : sarcome avec éléments glandulaires de l'intestin.

OBSERVATION VI

Le Dentu. *Gazette des hôpitaux*, 1889.

Alfred S..., 54 ans, ciseleur entre à l'hôpital Saint-Louis. Salle Cloquet, le 12 février 1889.

C'est un homme amaigri et cachectique.

L'an dernier, en juin 1888, il fut opéré par M. Le Dentu d'un sarcome des fosses nasales, il était déjà pâle et affaibli et depuis deux ans il sentait ses forces décliner de jour en jour ; mais nulle part l'examen clinique ne fit découvrir de néoplasme herniaire.

L'opération n'améliora que pour un temps assez court sa santé générale ; six mois plus tard il était pris d'une diarrhée presque continuelle et qui ne s'arrêtait que pour faire place à une constipation opiniâtre ; le ventre était sensible et des crises douloureuses survenaient de temps en temps.

Les accidents herniaires proprement dits datent de huit jours. Une nuit le malade est réveillé par des tiraillements dou-

loureux à l'aine gauche, il y porte la main et il y trouve une tumeur grosse comme un œuf, arrondie, assez dure qui venait de paraître.

Un médecin appelé ordonna le repos au lit et des cataplasmes. La hernie était encore réductible en totalité, il y avait de la diarrhée au début.

Mais les douleurs devinrent plus aiguës.

Depuis deux jours l'irréductibilité était complète ; les selles étaient suspendues mais les émissions gazeuses continuaient à se faire ; quelques vomissements sans caractère fécaloïde. Ce fut alors que le malade entra dans la salle de M. Le Dentu. La tumeur herniaire était peu tendue et comme fluctuante ; on pensa à une épiploïte simple avec pincement latéral de l'intestin. La kélotomie fut pratiquée le 12 février. Le sac ouvert, il s'écoule un liquide séro-sanguin louche, d'une odeur fécaloïde très accusée, une masse épiploïque rougeêtre, épaissie, noueuse le remplit et adhère à sa face interne. Cet épiploon est criblé de noyaux néoplasiques dont la grosseur varie d'un pois à une amende, noyaux durs finement bosselés, blanchâtres à la coupe qui s'accolent et forment masse entre les plis recroquevillés de la séreuse. D'intestin on ne peut découvrir de traces. L'épiploon cancéreux est lié et réséqué, la masse se prolongeait dans la fosse iliaque, on met un drain et on suture. Le lendemain, le pansement est imprégné de pus et le second jour ce sont des matières stercorales qu'on trouve épanchées au-dessous de lui. On enlève les sutures, un anus artificiel s'établit, mais l'état général empire. Le malade agonisant est emmené par sa famille.

OBSERVATION VII

P. Berger. *In Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. III, p. 619.

« J'ai pu faire le diagnostic de cette lésion (transformation cancéreuse de l'épiploon) sur une femme âgée, chez laquelle une hernie inguinale ancienne s'était récemment mise à augmenter de volume et à devenir douloureuse ; la palpation y décelait des masses irrégulières, bosselées très dures derrière un épanchement liquide occupant le sac ; bientôt se déroulèrent tous les phénomènes d'une péritonite cancéreuse et des tumeurs de même nature apparurent dans l'abdomen ».

OBSERVATION XIII

Th. Mauley. *The medical. Record*, vol. 37 ; févr. 1890, p. 123. Reproduit dans la thèse de Gros Devaud. Paris, 1903.

Tumeur maligne dans une hernie inguinale ; opération ; guérison.

Dans le *Medical Record* du 12 octobre 1889, on trouve une article dû à la plume du Dr Daniel Lewis, relatif à une unique et intéressante complication des hernies par une singulière

coïncidence, j'ai rencontré moi aussi, il y a un mois, un de ces remarquables cas de cancer développé dans un sac herniaire ; et en raison de la rareté du fait et de son intérêt, je vous demande la permission de vous le rapporter.

Italien de 30 ans, entré à l'hôpital de Harlem, il nous raconte qu'il y a 15 ans, après un effort, il sentit une forte douleur à l'aine du côté droit : il s'y produisit une tumeur qui persista depuis ; elle ne lui occasionna aucun trouble jusqu'à il y a dix jours, date à laquelle il se traumatisa les bourses en chargeant des pierres. La tumeur a la consistance de la pierre, suit le cordon spermatique et remonte jusque dans le canal inguinal.

Le malade a un peu de fièvre, le pouls rapide, la langue rôtie et l'abdomen ballonné et douloureux.

Il n'a pas été à la selle depuis quatre jours ; le jour de son admission, il a vomi trois ou quatre fois.

Il semblait avoir une hernie étranglée, mais certains signes étaient en contradiction avec cette hypothèse : la dureté pierreuse de la tumeur et le fait que nous apprîmes qu'il était souvent constipé pendant plusieurs jours.

En outre depuis son traumatisme, son abdomen était resté douloureux. La tumeur pouvait être due à une hydrocèle enkystée du cordon ou à une variété quelconque de cette tumeur bénigne.

Quoique le diagnostic de la lésion fût un peu obscur, il n'y avait aucun doute que l'état ne fût grave. Et je fis le diagnostic qui me sembla le plus satisfaisant de hernie avec étranglement au niveau du collet du sac.

Je chargeai le chirurgien résidant, le Dr Currie, de pratiquer l'intervention, mais en lui recommandant de me prévenir

s'il ne s'agissait pas d'une hernie ou s'il se trouvait quelque chose de particulier. J'appris par le téléphone une heure après avoir quitté l'hôpital que l'opération avait été commencée, mais interrompue en présence des constatations que l'on avait faites.

Le jour suivant à 11 heures du matin, je réouvris la plaie et trouvai au-dessous et faisant corps avec le sac d'une vieille hernie un néoplasme dur comme du cartilage débordant le canal inguinal de 4 pouces et s'y prolongeant. La tumeur reposait immédiatement sur le cordon spermatique avec lequel elle était adhérente, il était évident que le malade avait une hernie et qu'à la suite du port d'un mauvais bandage les enveloppes de la hernie avaient adhéré et avaient par fusion formé une masse.

En disséquant cette masse, je trouvai qu'elle se continuait dans la cavité abdominale.

Elle était formée d'épiploon ayant subi des altérations pathologiques ; il n'y avait pas d'étranglement de l'intestin quoique le pédicule de la tumeur au niveau du collet fût fortement rétréci. La masse fut excisée au niveau de l'anneau et on fit la cure radicale par le procédé de Mac Burney. Après l'intervention, disparition immédiate et permanente de la douleur. M. Knirr examina la pièce histologiquement. Il s'agissait d'un fibro-sarcome dont les éléments sarcomateux dérivaient du tissu conjonctif de l'épiploon. Il m'informa aussi que le processus avait commencé dans la masse herniée et s'était étendu dans la cavité abdominale.

La malade continue à aller très bien.

OBSERVATION IX

Castex. Un cas d'épiploïte cancéreuse. *Echo méd.* Toulouse 1900.

M. D..., âgé de 51 ans, employé de commerce, entre à l'Hôtel-Dieu le 27 janvier 1900. On ne trouve chez lui aucun antécédent héréditaire au point de vue du cancer. Les parents sont morts d'une fluxion de poitrine, il a perdu deux frères, l'un d'une congestion cérébrale, l'autre d'une paralysie générale et progressive. Le malade a eu à 19 ans une pneumonie ; depuis il est souvent atteint de bronchite et tousse tous les hivers. A 24 ans se déclare une hernie inguinale gauche, hernie qu'il n'a jamais fait opérer et qu'il maintient au moyen d'un bandage. Enfin un an plus tard, il eut une orchite blennorrhagique. Le malade n'a jamais présenté de phénomènes d'étranglement il n'a jamais été frappé de crises rappelant le type ordinaire des accès de péritonite herniaire. Pas de ballonnement du ventre, de constipation prolongée.

Il y a deux mois M. D... s'aperçut dans le pédicule de la bourse gauche du côté de la hernie par conséquent de la présence d'une petite tumeur de la grosseur d'une fève, dit-il, située au voisinage de l'anneau inguinal externe, tumeur dure et absolument indolore. Il ne sait à quoi attribuer son apparition, n'ayant jamais reçu dans la région correspondante de traumatisme capable d'éveiller son attention. Quoiqu'il en soit la tumeur n'a

jamais cessé de grossir dès ce jour. Ronde au début elle a augmenté ses diamètres puis s'est allongée, pédiculée vers le haut tout en gardant sa dureté primitive et ne faisant nullement souffrir le malade qui se décide enfin à venir se faire traiter. Ce dernier a l'aspect d'un homme ordinairement bien portant, le visage n'est pas cachectisé et les téguments n'ont pas la teinte jaune caractéristique du cancer. L'abdomen est normal, nullement distendu.

Le foie n'est ni douloureux ni hypertrophié, rien au cœur.

Les poumons sont sains, pas d'albumine dans les urines.

Voici maintenant l'état de la bourse gauche : les téguments n'offrent aucun aspect pathologique et glissent sur les plans profonds tout comme à l'état normal : on ne trouve pas de ganglion dans le triangle de Scarpa ; la bourse a doublé son volume environ, elle est renflée à ses deux extrémités les deux renflements étant séparés par un étranglement circulaire.

Le renflement inférieur est occupé par un testicule qui paraît sain, normal, libre de toute adhérence.

Le supérieur contient la hernie, hernie volumineuse et soudée au sac, comme il ressort d'un examen attentif. Lorsque le malade est examiné debout et après plusieurs efforts de toux la hernie fait un relief très net. Elle est mate à la percussion. L'on sent dans le trajet inguinal et se prolongeant dans l'abdomen une masse dure et cylindrique, ce sont bien les caractères évidents d'une épiplocèle ; mais ils viennent se compliquer des faits suivants. Tout d'abord la masse herniée n'est pas molle, pâteuse comme on le voit ordinairement, bien au contraire on la sent bourrée de noyaux durs, épars dans toute son étendue. Enfin cette masse est absolument irréductible, fait qui paraît dû bien plus au volume et à la consistance de la hernie qu'à

des adhérences. En effet si l'on interroge le malade à ce sujet, il apprend qu'au début la tuméfaction rentrait avec la hernie, mais à mesure que la masse augmentait de volume la réductibilité devenait de plus en plus difficile. L'ensemble de ces derniers symptômes fait penser à une altération néoplasique à une tumeur de la hernie épiploïque. En présence de tous les signes qui précèdent et devant la rapidité du développement de la tumeur M. le professeur Jeannel n'hésite pas à diagnostiquer un carcinome de l'épiploon hernié. En conséquence l'intervention chirurgicale est décidée.

La kélotomie pratiquée le 30 janvier, donna une entière confirmation à ce diagnostic, à l'ouverture du sac aucun liquide ne s'écoula et l'on s'aperçoit que le néoplasme épiploïque a gagné la face interne du sac créant ainsi des adhérences nombreuses entre le contenu de la hernie et ses enveloppes. On voit en outre que le carcinome ne s'était pas localisé, seulement à l'épiploon hernié, que se propageant le long du pédicule il avait gagné la base de l'épiploon. Sur la paroi même de l'intestin on pouvait observer des granulations suspectes. En présence de l'étendue des lésions, M. le professeur Jeannel qui opérait le malade dut borner son intervention à réséquer la plus grande partie possible d'épiploon. Voici la portion de l'épiploon qui a été enlevée.

Elle constitue une masse ovoïde du volume d'un gros œuf de poule, sa plus grande hauteur est de 8 centimètres, sa largeur maxima de 5 centimètres, son extrémité inférieure plus grosse, uniformément arrondie est libre, sa portion supérieure se continue par un pédicule cylindrique avec l'épiploon abdominal. A la section, elle se présente comme une masse lardacée, parsemée de noyaux de diverses grandeurs, bruns jaunâtres, tranchant

nettement sur les tissus voisins et de nature évidemment néoplasique. Signalons à la partie la plus élevée, touchant presque au pédicule un de ces noyaux beaucoup plus volumineux que les autres, et qui sans nul doute a dû être le point de départ de la tumeur. Entre ces divers noyaux l'épiploon était sain, nullement enflammé ce qui est en harmonie parfaite avec le fait signalé précédemment que le malade n'a jamais été sujet à des accès de péritonite herniaire.

L'examen histologique pratiqué par M. le professeur Rispal, a montré que l'on avait vraiment affaire à de l'épithélioma. La tumeur est constituée par un stroma conjonctif contenant par endroit des amas de vésicules adipeuses, quelques faisceaux musculaires, des vaisseaux et des filets nerveux. La trame conjonctive composée de faisceaux fibreux forme d'étroites mailles, dans lesquelles sont contenus des boyaux de cellules épithéliales polymorphes donnant l'image du cancer. On constate un envahissement des tuniques veineuses par le néoplasme, aboutissant quelquefois à l'oblitération complète de la lumière du vaisseau ; les artères ne présentent au contraire aucune altération. Il s'agit en somme d'un épithélioma diffus.

CONCLUSIONS

L'épiploon peut être le point de départ de nombreuses difficultés de diagnostic dont il importe d'être prévenu et qui s'expliquent par les modifications, les dégénérescenses diverses dont il peut être le siége dans les hernies :

1° L'épiplocèle peut perdre les signes qui caractérisent son origine abdominale, et présenter alors, suivant le degré où elle sera modifiée par le processus inflammatoire, des similitudes cliniques avec les tumeurs liquides ou solides de la région où s'est faite la hernie ;

2° Les épiplocèles tuberculeuses et cancéreuses offrent parfois des difficultés du même genre que précédemment.

Ces complications sont d'un diagnostic délicat ; on ne peut avoir le plus souvent qu'une présomption dans la tuberculose ; on trouvera dans l'évolution de l'épiplocèle cancéreuse des raisons plus certaines pour porter un diagnostic exact.

Vu : le Président de la thèse,

BERGER

Vu : le Doyen,

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Généralités.

Berger.— Article Hernie, du Traité de chirurgie, publié sous la direction de Duplay et Reclus, Paris.

Boiffin. — Hernies adhérentes au sac. Thèse Paris, 1887.

Bouilly. — Sur la corde épiploïque. Revue de chir. Nov. 1882.

Cooper. — Œuvres chirurgicales. Traduction de Chassaignac et Richelot, Paris, 1837.

Delbet. — Les tumeurs irréductibles des bourses. Ind. méd. Paris, 1900, p. 361,

Deroyer. — Des tumeurs solides du cordon spermatique. Thèse Paris, 1897.

Giraudeau. — De la torsion intra-abdominale du grand épiploon. Thèse Paris, 1903.

Gosselin. — Cliniques.

Jaboulay. — Article hernie, du Traité de chirurgie, publié sous la direction de Le Dentu et Delbet.

Lejars. — Leçons cliniques faites à la Pitié, 1903-1904, Paris, 1905.

Lucas-Championnière. — Epiploïte chronique. Bull. et mém. Soc. chirurgie de Paris, 1898.

Malgaigne: — Sur l'inflammation des hernies. Arch. gén. de méd. 1841, tome XII.

Maré. — Epiplocèles adhérentes au sac. Paris, 1889.

Monod (Delagénière). — Société anat. 1888.

Montille. — Des hernies adhérentes inflammatoires et de leur traitement. Thèse Paris, 1901.

Reclus. — Bulletin et mém. Soc. chirurgie. Paris, 1903.

Rochard. — Les hernies. Paris, 1903.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique, Paris 1897.

Tuberculose et cancer.

Brin et Papin. — Arch. méd. d'Angers, 1903. Angers.

Castex. — Languedoc, méd et chir. Toulouse, 1900.

Castex. — Echo. méd. Toulouse, 1900.

Codet de Bacise. — Thèse de Nicaise. Paris, 1883,

Gros Devaud. — Thèse Paris, 1903.

Jonnesco. — Revue chir. Paris. 1891.

Largeau. — Semaine médicale. Paris, 1888.

Le Dentu. — Gazette des hôpitaux. Paris, 1889.

Lejars. — Gazette des hôpitaux. Paris, 1889.

Nurdin. — Thèse Paris, 1897.

Sacquepée et Melliès. — Arch. prov. de chir. Paris. 1902.

Rickter. — Traité des hernies traduit par Rougemont. Cologne an VII.

Tanzia. — Thèse de Bordeaux, 1903.

Imp. de la Faculté de médecine, H. JOUVE, 15, rue Racine, Paris.